In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

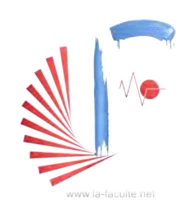


Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.








Dyspepsie fonctionnelle

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

Introduction (I)

Dyspepsie → mauvaise digestion; dysfonctionnement….

1968 (Rhind et Watson) → 2006 ROME III

Classifications et définitions nombreuses
Hétérogénéité et complexité

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

- Les définitions qui lui ont été attribuées sont larges et imparfaites
- La dyspepsie n'est pas exclusivement liée à l'alimentation
- Aujourd'hui, avec les progrès en terme de définition de cadre nosologique et de bases physiopathologiques, la dyspepsie fonctionnelle réalise un véritable trouble fonctionnel digestif d'origine gastro-duodénale.

Définition

- Présence de symptômes persistants ou récidivants prenant naissance dans la région gastro-duodénale, et évoluant d'un seul tenant ou de façon récurrente.
- **Ces symptômes sont :**

- Sensation de réplétion post-prandiale gênante
- Sensation de satiété précoce
- Douleurs épigastriques
- Brûlures épigastriques

- **Sont exclus** : Inconfort – Nausées - Pyrosis – Douleurs rétro-sternales.



*La dyspepsie: symptôme fréquent

Gastroentérologie et médecine générale

Organique = 1/3

Fonctionnelle = 2/3 *Diagnostic d'exclusion +++*

15 à 40% de la population adulte

25 à 50% consultent pour leurs symptômes

Automédication +++

* Pb de santé publique:

- Coûts médicaux directs (consultations, explorations, médicaments…)
- Coûts indirects (qualité de vie, absentéisme…).

*Facteurs associés : Sdr anxio-dépressif, Névrose
*Thérapeutique souvent décevante
*Reconnaissance des relations cerveau-tube digestif
*Nouvelles méthodes d 'explorations des fonctions gastriques
*Perspectives de nouvelles thérapeutiques

Etude analytique

Les symptômes de la Dyspepsie sont variables, polymorphes et aspécifiques.

- Douleur épigastrique : fréquente. Perçu comme sensation subjective et déplaisante au niveau de l'épigastre
- Brûlure épigastrique : sensation déplaisante et subjective de « chaleur »
- Sensation de plénitude post- prandiale : sensation désagréable de persistance prolongée des aliments dans l'estomac.
- Satiété précoce : sensation de plénitude gastrique précoce après le début du repas.

- Ce qui est important à noter et à rechercher : ce sont les signes négatifs qui orientent vers un

RGO: pyrosis; brulure,

Intestin irritable: symptômes sans rapport avec l'éxonération, ni avec l'émission de gaz

Les douleurs ne doivent pas être généralisées; elles ne doivent pas se localiser au thorax ou à une autre région,

Etude synthétique

Selon les critères de ROME III

La présence d'au moins 1 des symptômes suivants:

Plénitude post prandiale, satiété précoce, dlr épigastrique, brûlure épigastrique
Évoluant depuis 3 mois consécutifs, depuis les 6 derniers mois , ne relevant d'aucune cause organique, métabolique ou biochimique décelable

Cette dernière classification distingue 2 sous groupes:

- Sd détresse post prandiale: sensation de réplétion post prandiale génante après des repas normaux, ou sensation de satiété précoce imposant l'interruption du repas

- Sd douloureux épigastrique: survenue de douleurs ou de brulures d'intensité modérées au moins 1/sem

Ces douleurs ne doivent pas être généralisées; elles ne doivent pas se localiser au thorax ou à une autre région,

Cette définition reste encore incomplète, car elle ne tient pas compte des pathologies qui peuvent être associées:

- Association à un syndrome de l'intestin irritable
- La Dyspepsie fonctionnelle a des frontières avec le RGO qui rendent même parfois difficile la distinction

Stratégie diagnostique

INTERROGATOIRE: Recherche de signes d'alarme

++++

1. Terrain

- Age, profession, CSE,
- ATCD : MUGD, MDC gastro-toxiques, néoplasie gastrique, lésion pré néoplasique, maladie générale ou métabolique (diabète, SCL) ;
- Facteurs de risque familiaux (PAF, Kc digestifs ou extra-digestifs,….) .

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

Démarche diagnostique

INTERROGATOIRE: Recherche de signes d'alarme



- Age supérieur à 50 ans
- Hémorragie digestive
- Amaigrissement > 10 %
- Anorexie
- Vomissements persistants
- Dysphagie progressive ou odynophagie
- ATCD P ou F de cancer du TD supérieur
- ATCD de chirurgie gastrique
- ATCD d'ulcère peptique

Rechercher un trouble psychiatrique

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

Démarche diagnostique II

Examen clinique : Souvent pauvre et normal

HPMG (-), SPMG (-), masse abdominale (-), ictère (-), PCM (-), ADP (-)

Evaluation para clinique :

Elle a pour buts essentiels :

- Eliminer pathologie organique
- Rassurer le patient.
- Parfois, préciser le mécanisme de la symptomatologie.

Biologie: (FNS, VS, Glycémie, Créatininémie, calcémie)

Examens nécessaires : FOGD, dépistage HP, évaluation psychométrique.

Autres explorations sont fonctionnelles :

- Si échec du TRT médical bien conduit. **« réservées formes sévères & réfractaires dans le cadre de la recherche »**
- **Ces examens fonctionnels sont :**

Vidange gastrique :

Etude scintigraphique ou à l'ac octanoique marqué au C13,

Etude électrogastrographique,

Monitoring échographique

Relaxation gastrique : technique du barostat, scintigraphie et échographie

Sensibilité gastrique : perfusion d'acide ou de lipides dans le duodénum

- Autres explorations: Hormones, SGA (centres spécialisés).

Les différentes stratégies diagnostiques

Variables d'un pays à l'autre selon :

- Coût et disponibilité des explorations ;
- Statut HP dans la population générale ;
- Habitudes thérapeutiques ;
- Présence ou non des signes d'alarme
- Age du patient
- Prévalence des lésions néoplasiques.

En présence de signes d'alarme ou d'un âge supérieur à 50 ans, l'EOGD est indispensable et indiscutable

Sinon les autres stratégies sont discutables

4 Stratégies diagnostiques

1. EOGD première
2. Test and treat
3. Test and scope
4. Traitement empirique

Et une 5 ème stratégie résultant d'un travail mené à Alger: éradication indiscriminée d'Hp

Endoscopie œsogastroduodénale:

*Lésion organique = 1/3 cas (UGD, oesophagites, cancer)

*Lésions non spécifiques ++: érosions GD, gastrite, duodénite, polype, ectasies vasculaires... etc

Réaliser des biopsies à la recherche d'Hp

Rassurer le patient et le médecin

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

Test and treat

Permet de rechercher Hp et de l'éradiquer si présent

Avantages: examen non invasif
cout < à celui d'une endoscopie digestive EGD
Prévient le Kc de l'estomac
Efficace sur les dyspepsie pseudo-ulcéreuse
Guérit la MUGD

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

Test and scope

• Recherche HP par test non invasif, et faire FOGD chez sujet HP+ • TRT uniquement patients dont les lésions justifient éradication de façon indiscutable.	• Coûteuse → n'est plus indiquée.

Traitement médical empirique

- Pas d'exploration dès la première consultation ;
- TRT : selon symptôme prédominant
  - Sd douloureux épigastrique (DPU) → IPP ;
  - Sd de détresse post-prandiale (DPDM) → prokinétiques
  - Association éventuelle → D non spécifique.
- Si échec à 6 semaines → EOGD.

Eradication empirique indiscriminée

Travail Algérois: EEI Vs « Test-and-treat »

Éradication empirique Hp=résultats identiques à la stratégie « test & treat »:

A l'évaluation des Symptômes à court et moyen terme du Taux des lésions organiques à l'endoscopie; de l' Indice de satisfaction globale; et Elle est moins couteuse

Cette attitude intéressante dans les pays:

– A forte prévalence Hp

– Pas/peu de moyens Dc non invasifs d'Hp.

- Largement utilisée en pratique courante.
- Elle présente des inconvénients:

Traitement injustifié chez 20% patients Hp-

Utilisation excessive des ATB - du risque de résistances.

Diagnostic différentiel

Dyspepsie fonctionnelle : Dc d'élimination

1- Dyspepsies organiques

2- Dyspepsies secondaires à des pathologies fonctionnelles

Diagnostic différentiel

1- Dyspepsies organiques:

- Reflux acide gastro-oesophagien: histoire de pyrosis, régurgitations, ORL

  EOGD, Ph métrie parfois

- Maladie ulcéreuse gastro-duodénale:

Dlr caractéristique, EOGD pose le Dc

- Cancer gastrique:

Dlr non spécifique, masse abdominale, HPG, ADP, EOGD et biopsies

- Pathologie hépatobiliaire ou pancréatique

2- Dyspepsie secondaire à une pathologie fonctionnelle

- Diabète :

Symptômes dyspeptiques présents chez 30 à 70 % des patients diabétiques

Anomalies de la vidange gastrique chez 30 à 60 % des diabétiques

Dc repose sur interrogatoire, histoire clinique, glycémie,

Signes cliniques de polyneuropathie fréquents

- Sclérodermie
- Amylose
- Infections virales

- Atteinte du système nerveux central et périphérique
- Autres causes de dyspepsie:

Insuffisance coronarienne, insuffisance rénale, dysthyroïdie...

-Facteurs iatrogènes: interrogatoire+++

Radiothérapie; opiacés, Dopaminergiques

Agonistes béta; Agonistes calciques

AINS

Evolution

- Les symptômes peuvent persister, se modifier, disparaître, apparition d'un autre trouble fonctionnel.
- Un patient présentant des symptômes d'un sous groupe donné peut basculer vers un autre sous groupe
- 1 an après l'apparition des premiers symptômes; 43 à 86 % selon les études continuent à être symptomatique
- Après 7 ans d'évolution , seuls 30 % des malades restent symptomatiques.

Le traitement

Bases physiopathologiques du traitement

Physiopathologie de la dyspepsie fonctionnelle

Principaux mécanismes:

Troubles motricité:

- *Retard de la vidange gastrique 30-40% des cas
- *Anomalies de l 'accommodation gastrique en réponse à un repas 40% (mauvaise distension)
- *Trouble de la motricité duodéno-jéjunale

Physiopathologie (II)

- Troubles de la sensibilité

- *Hypersensibilité gastrique à la distension
- *Réponse gastrique anormale lors de la perfusion duodénale d 'acide ou de lipide

Infection par Helicobacter pylori

-Prevalence chez dyspeptique: 45% à 70%
-Résultats des études du traitement d'Eradication sont controversés

- Facteurs psychosociaux: anomalies retrouvées +++

Physiopathologie (III)

La DF résulte d'un dysfonctionnement de l'axe cerveau -intestin : base physiopathologique commune à ∑ des troubles fonctionnels digestifs.

Deux modèles physiopathologiques :

- Modèle périphérique : dysfonctionnement de fibres afférentes → perception exagérée de sensations digestives
- Modèle central : dysfonctionnement du SNC peut modifier les informations efférentes contrôlant les fonctions sensitivo-motrice du tube digestif.

Principes généraux

- Diagnostic certain ;
- Maladie en général peu invalidante ;
- Absence de traitement physiopathologique ;
- Terrain psychologique.

Buts du traitement

- Soulager le patient
- Rassurer le malade surtout
- Réduire le retentissement psychologique et améliorer sa qualité de vie
- Eviter les récidives

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

Armes thérapeutiques (I)

1. REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

Le régime alimentaire :

- Quantitativement ;
- Qualitativement ;
  - Alimentation équilibrée ;
  - Aliments dyspeptogènes ;
  - Intolérances.

Hygiène de vie :

- Stress - Repos - Sport ;
- Activités socioprofessionnelles.

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

Armes thérapeutiques (II)

2. REDUCTION DE L'ACIDITE GASTRIQUE

Antiacides

- En pratique : efficacité ± ➔ Automédication.

Anti-sécrétoires :

- Anti-H2 : > 20% / placebo ;
- IPP : Supérieurs de */ placebo* ;

  Supérieurs de */ anti-H2.*

Armes thérapeutiques (III)

3. TOPIQUES - PANSEMENTS - ANTI-FLATULENTS

- Dicitrate de Bismuth ;
- Sucralfate ;
- Simethicone.

4. AGENTS PROKINETIQUES

- Métoclopramide ;
- Domperidone ;
- Cisapride : agoniste des récepteurs 5HT-4 ; E II +++ ;
- Erythromycine : Motilide (résultats ±).

Gain avec les PK : + 46% (Talley)

Autres traitements

1- Antidépresseurs tricycliques (laroxyl, tofranil)
faibles doses, possible efficacité mais effets II

2- Inhibiteurs de recapture de sérotonine
meilleure tolérance, efficacité théorique neuromodulatrice sur le TD (prozac, zoloft, deroxat.....)

3- Agonistes Rc HT type 1 : Sumatriptan , Buspirone

4- Agoniste 5 HT 3 : Ondansétron
Agoniste 5 HT 4 : Tégaserod

Autres traitements

Traitements non médicamenteux

Renforcement de la relation médecin – malade +++
Psychothérapie +++
Hypnose
Stimulation électrique gastrique
Phytothérapie (herbes chinoises)

Conduite thérapeutique (I)

Stratégie thérapeutique Intimement liées à la stratégie diagnostique

Sujets à risque/signes d'alarme

endoscopie première

Sujets sans signes d'alarme

l'une des 4 options

Conduite du traitement (II)

- Type de symptômes et leur sévérité ;
- Réponse au traitements antérieurs ;
- Retentissement sur la qualité de vie ;
- Retentissement psycho socioprofessionnel.

Trois cas de figure

Conduite thérapeutique (III)

1. **Tableau clinique de faible intensité :**

- Symptômes peu intenses, non invalidants, intermittents ;
- Périodes symptomatiques espacées, consultations rares ;
- Pas de retentissement psycho socioprofessionnel ;
- Qualité de vie peu/pas influencée.
- *Endoscopie première inutile ; traitement empirique d'emblée.*

Traitement de première ligne

Régimes : intolérances +++ ;

Traitement médicamenteux :

DFPU : AH2 ou IPP :

DFPD : prokinétiques ± IPP ;

Conduite thérapeutique (IV)

Si échec : 4 questions :

- Diagnostic DF correct ?
- Traitement choisi est-il adéquat ?
- Traitement effectivement reçu ?
- Traitement suffisamment prolongé ?

Faire endoscopie (si non réalisée)

↓

Prolonger le traitement de 4-6 semaines ;

Changer le traitement (AS ↔ PK) ou associer AS et PK ;

Envisager la prise en charge suivante.

Conduite thérapeutique (V)

2. Tableau clinique d'intensité moyenne ou échec du traitement de première ligne

Symptômes fréquents durables, gênants ;

Réponse insuffisante au traitement habituel ;

Symptômes mal tolérés, Qualité de vie altérée ;

Répercussion sur les activités sociales, professionnelles, études ;

Répercussion psychologique ;

Endoscopie première ou après échec du traitement de première ligne.

Conduite thérapeutique (VI)

Que faire ?

- Expliquer, rassurer le patient
- Régime alimentaire et hygiène de vie ;
- Associer ou alterner les médicaments de classes ≠ ;
- Si échec des médicaments classiques :
  - Ondansetron (nausée ++ vomissements +) ;
  - Fedotozine (DPU ou DPD) ;
  - Erythromycine (DPD).

Traitement à visée psychologique : ++++

Conduite thérapeutique (VI)

3. Tableau clinique sévère ou réfractaire

- *Grands habitués des consultations* ; médecins, examens, prescriptions ;
- Intensité ++, durée +++, réfractaire ;
- EG altéré (restriction alimentaire) ;
- Répercussion sur la qualité de vie et l'activité ;
- *Terrain psychique marqué* : dépression, troubles de la personnalité ;
- Cancérophobie ;
- Demande très exagérée de soins (chirurgie +++).

Endoscopie déjà effectuée.

Conduite thérapeutique (VII)

- *Hospitalisation courte souhaitable ;*
- S'assurer du caractère fonctionnel des troubles par des explorations adéquates :
  - **Bilan biologique ;**
  - **ECHO – TDM – TG ;**
  - **Manométrie intestinale ;**
  - **Etude isotopique de la vidange gastrique.**

S'assurer de la collaboration psychiatre / psychologue.

Conduite thérapeutique (VII)

Bilans organique et métabolique sont normaux

- Antidépresseurs +++ : 6 mois au moins ;
- Traitement à visée psychologique.

Conclusion

- *Pathologie fréquente ; motif de consultation en Médecine Générale et en Gastroentérologie*
- *Diagnostic d'élimination ;*
- *Traitement adapté au cas par cas ;*
- *Renforcer le traitement psychologique ;*
- *Résultats du Trt médical pas toujours brillants et sont même décevants parfois ;*